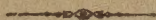


Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

MÉLY René

né le 12 août 1903 à PHALSBURG (Moselle)



Contribution à l'étude de la Dissociation affective



Président : M. PFERSDORFF, PROFESSEUR.



Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université — Quai du Maire-Dietrich, 1
(Foyer Universitaire)

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

ANNÉE 1928

N°

33

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

MÉLY René

né le 12 août 1903 à PHALSBURG (Moselle)



Contribution à l'étude de la Dissociation affective

Président : M. PFERSDORFF, PROFESSEUR.



Les Editions Universitaires de Strasbourg

1a, Place de l'Université — Quai du Maire-Dietrich, 1

(Foyer Universitaire)

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen..... MM. WEISS C. * 0 I
 Assesseur MERKLEN * 0 I

Professeurs

Embryologie.....	MM. ANCEL * 0 I.
Anatomie	FORSTER * 0 I.
Histologie	BOUIN O. * 0 I.
Physiologie	SCHAEFFER 0 A.
Physique biologique	WEISS C. * 0 I.
Chimie biologique.....	NICLOUX * 0 I.
Anatomie pathologique.....	MASSON * 0 I.
Pharmacologie, Médecine ex- périmentale.....	AMBARD * 0 I.
Hygiène, Bactériologie.....	BORREL C. * 0 A.
Médecine légale	CHAVIGNY O. * 0 I.
Clinique médicale	MERKLEN * 0 I.
Clinique chirurgicale	BLUM Léon O. * 0 A.
Clinique ophtalmologique	LERICHE O. * 0 I.
Clinique dermatologique	STOLZ * 0 I.
Clinique psychiatrique.....	WEILL 0 I.
Clinique neurologique.....	PAUTRIER O. * 0 A.
Clinique gynécologique et accouchements.....	PFFERSDORFF * 0 I.
Clinique infantile	BARRÉ * 0 A.
Clinique oto-rhino- laryngologique	N....
	ROHMER 0 I.
	CANUYT 0 A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max 0 A.	MM. FONTÈS
BELLOCQ 0 A.	GÉRY 0 A.
BOEZ 0 A.	SCHWARTZ 0 A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BLUM (Paul) * 0 I.	MM. LICKTEIG 0 I.
GELMA 0 A.	REEB 0 A.
GUNSETT * 0 A.	SIMON *
HANNS * 0 A.	TERRACOL *
HUMBERT 0 A.	VAUCHER 0 A.
KELLER 0 A.	WEISS A.



Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue fera les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A TOUS CEUX QUI NOUS SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARLES PFERSDORFF

auquel nous devons l'idée de
cette thèse et dont l'aide bien-
veillante nous a été d'un secours
précieux pour sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'impression
de notre respect et de notre
profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, précisons d'abord ce qu'il faut entendre par le terme si souvent employé et avec une signification si variable : Affectivité. Depuis bien longtemps on a remarqué que la classification si commode en Psychologie de nos états de conscience dans une des trois rubriques : Intelligence, Affectivité, Volonté était absolument insuffisante en Psychiatrie. L'intelligence englobant toutes les opérations par lesquelles notre esprit s'applique à la connaissance du réel ; l'affectivité étant l'ensemble des sentiments et des inclinations par lesquels notre moi se met en relation avec le monde extérieur d'une façon toute subjective, la Volonté comprenant les réactions actives, volitions et actes moteurs, par lesquelles notre personnalité tend à se manifester en dehors d'elle.

De limites nettes entre ces trois fonctions psychiques élémentaires, il n'en existe pas et tout état de conscience qu'il soit étiqueté intellectuel, affectif ou volontaire est nécessairement une synthèse où entre en quantité variable chacune de ces trois facultés. Le raisonnement le plus abstrait a une composante affective et quant à nos volitions une distinction est encore plus malaisée, puisque sans affectivité aucun acte

volontaire n'est possible ; car, comme l'a dit G. Dumas dans son traité de Psychologie : Les impulsions affectives conditionnent notre activité volontaire.

L'affectivité n'est donc pas une fonction à part, elle entre dans la constitution de tous nos états de conscience, ce qu'on exprime en disant que tous nos états psychiques ont une composante affective, une charge affective dont l'intensité seule est variable suivant la constellation psychique du moment.

Mais si l'affectivité n'est pas une fonction distincte, nettement isolée au sein de notre psychisme, indépendante des autres facultés, elle n'est pas non plus une fonction une et indivisible. La qualité de la charge affective de nos états psychiques n'est pas partout la même. Il y a plusieurs catégories de phénomènes affectifs. Il y a plusieurs affectivités.

L'affectivité de l'artiste interprétant un rôle n'est pas celle du spectateur ému par son jeu ; l'émotion éprouvée devant une œuvre d'art n'est pas comparable à l'affectivité professionnelle qui suffit à certains pour régler toute leur activité ; la secousse émotive que nous produit l'événement malheureux qui vient de nous frapper est distincte de la charge affective que peuvent garder très longtemps des complexus de souvenirs se rapportant à des faits en général pénibles ou douloureux de notre passé, complexus qui bien qu'inconscients peuvent donner à notre existence une direction nouvelle.

Nous pouvons dire que chaque fonction psychique a son affectivité propre dont la qualité diffère de toutes les autres, qu'il y a autant d'affectivités qu'il y a de fonctions psychiques.

Un exemple encore pour le démontrer : La fonction motrice elle-même a son affectivité, les mouvements leur charge affective puisque nous voyons parfois une attitude prise inconsciemment suggérer l'affect correspondant ou encore des mouvements mimiques faire naître les sentiments qu'ils exprimaient.

Rien d'étonnant donc à ce fait que les barrages variés que nous pouvons constater au sein des fonctions intellectuelles, motrices et autres aient leur équivalent dans le domaine de l'affectivité et que nous puissions y découvrir, comme ailleurs, des groupements différents suivant le hasard du processus dissociatif. Ce processus, obscur encore quant à son mécanisme, mais dont les effets commencent à nous être connus, ne respecte donc pas plus les fonctions affectives qu'il ne respecte les autres fonctions. Au contraire, il s'y montre souvent particulièrement intense et surtout précoce. Très souvent les troubles dissociatifs des autres domaines sont précédés de longue date par des troubles affectifs purs. Nous allons illustrer cette affirmation par l'étude d'un cas de dissociation affective pure observé à la Clinique psychiatrique de Strasbourg. Nous verrons ensuite pour quelles raisons nous avons posé le diagnostic de dissociation, c'est-à-dire de démence précoce et quels sont les diagnostics différentiels à faire.

OBSERVATION (personnelle).

Catherine R., âgée de 19 ans, protestante, célibataire, admise à la Clinique le 15 janvier 1928.

Antécédents héréditaires : Parents et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Rien à signaler.

Anamnèse :

Il y a deux ans cette jeune fille est partie, malgré les conseils de sa mère, comme bonne d'enfant dans le Midi. Elle était à ce moment là gaie, vive, enjouée, enchantée de l'idée de voyager et de voir du pays. Pour commencer elle reste deux mois avec ses patrons sur une ferme. Elle s'y plaît beaucoup, s'intéresse à la nature et à cette vie toute nouvelle pour elle. Cependant elle commence à souffrir du changement de climat, d'habitudes et surtout d'alimentation, mais sans avoir aucune idée dépressive. Puis ils se rendent à Montpellier et là la malade commence à se sentir seule, loin de tous ceux qui l'aiment et sans personne à qui se confier. Elle continue à souffrir du climat, surtout de la chaleur, et de l'alimentation nouvelle.

Ensuite elle passe par une forte crise de mal du pays. Pendant huit jours elle ne cesse de crier et de

pleurer sans vouloir se laisser consoler par les soins de sa maîtresse, dont elle reconnaît cependant les bonnes intentions pour elle. Elle craignait de ne plus revoir les siens ni son pays (un village près de Strasbourg). A ce moment elle était d'une très grande sensibilité, pleurant pour très peu de chose ; le moindre reproche qu'on lui adressait déclenchait une violente crise de larmes. Plusieurs fois de petits accidents sans conséquences survenus aux enfants dont elle avait la garde (chute du lit, de la voiture) et où il n'y avait nulle faute de sa part la remplissent d'une frayeur terrible. Elle souffre de n'avoir personne pour lui confier ses peines et la reconforter. Elle n'a pas voulu s'en ouvrir à sa patronne, parce que cela « n'aurait pas été convenable de la part d'une bonne. »

Puis peu à peu cette crise de découragement se calme, elle redevient plus tranquille, tout en continuant à se plaindre de son isolement, et d'être obligée de tout garder pour elle-même ; ceci d'autant plus que les gens de là-bas ne lui sont guère sympathiques et qu'elle se sent partout traitée en étrangère, notamment par les autres membres du personnel de la maison. Mais comme elle s'est beaucoup attachée aux enfants qui lui sont confiés, cela lui permet de réagir et peu à peu son état dépressif s'améliore.

Alors commence une nouvelle phase. Elle se sent changer ; son cœur « se ferme » comme elle dit dans un langage imagé. Elle s'efforce de réagir, mais en vain. En même temps elle a de plus en plus souvent une sensation pénible de chaleur à la tête et des céphalées violentes lui causent des insomnies fréquentes. Par ailleurs son état ne fait qu'empirer ; elle devient « dure,

insensible, froide et vide intérieurement », n'aime plus les enfants qu'elle adorait avant, n'a plus de pitié pour personne. A côté de cela elle remarque qu'elle a perdu toute son énergie et que rien ne l'intéresse plus. Elle n'a plus de goût pour son travail qu'elle ne fait plus que par habitude.

Tout cet état s'est développé en l'espace de quelques mois. Comme ses patrons s'étaient aperçus que quelque chose d'anormal s'était produit en elle, on la renvoya à la maison. Elle n'éprouve aucune peine en se séparant d'eux ainsi que des enfants. Son système nerveux est encore très impressionnable à ce moment et pendant son voyage de retour, elle a une aventure qui la terrifie. Elle croit être exposée à un vague mais terrible danger de la part de deux étrangers, un homme et une femme, qui se trouvent dans le même compartiment qu'elle. Paralysée par l'angoisse, elle reste sans bouger dans son coin jusqu'à l'arrivée du train. Et pendant longtemps encore cet événement la laisse anéantie, « comme brisée », et elle prétend même que ses troubles se seraient aggravés à sa suite. « Cela m'a achevée », dit-elle souvent.

A son arrivée à Strasbourg tout lui paraît changé, la ville n'est plus la même, ses sœurs lui semblent « étrangères » « immenses ». Elle n'éprouve aucune joie à revoir sa mère et à revenir au foyer familial. Elle reste alors trois mois à la maison, puis prend de nouveau une place en ville comme bonne. Mais le travail souffre de son état. Elle est lente, paresseuse, négligente dans l'exécution de son travail, s'en laisse distraire par des pensées qui l'obsèdent. Elle essaie d'ailleurs de réagir et se reproche de ne pas faire son devoir ; mais rien n'y fait.

On la surprend souvent immobile, regardant fixement un point du mur, en train de suivre le fil de ses rêveries. On la gronde et on lui dit qu'elle est « toujours dans la lune ». Elle commence alors à croire que d'autres s'aperçoivent de son état, ne sort plus, souhaite de ne plus voir personne. Se rendant très bien compte de la différence entre son état actuel et ce qu'elle était auparavant, elle a même songé quelquefois au suicide, mais ses croyances religieuses lui font repousser tout de suite cette idée. On cherche à la reconforter, à la distraire, sans obtenir aucune amélioration. Finalement on l'envoie chez un médecin et sur l'avis de celui-ci elle se présente à la Polyclinique psychiatrique, où on lui conseille de se faire admettre.

EXAMEN A L'ADMISSION (le 15-I. 1928).

Temps }
Lieu } bien orientée.

Connaissances générales: Correspondent à son niveau social. A côté de réponses justes donne des réponses fantaisistes.

Combien de jours l'année? 165 jours.

Combien de secondes une minute? 30 secondes.

Calcul: même observation. Commence par dire: « Je n'ai jamais été bonne en calcul. »

$$15 + 17 = 32$$

$$45 + 16 = 75, 85 \text{ je ne sais pas}$$

$$25 + 27 = 52$$

$$65 - 19 = 48 \text{ je ne calcule pas du tout ; qu'est-ce que je fais donc?}$$

$76 - 38 =$ « je suis si bête, je ne réfléchis même pas ; quand je dois réfléchir, je ne pense plus à rien du tout »

28 58

$9 \times 5 = 45,81$ Qu'ai-je dit de nouveau ?

« J'étais toujours paresseuse pour calculer. »

Elle reconnaît elle-même qu'elle répond au hasard sans réfléchir et sans se donner aucune peine pour suivre.

Proverbes : L'aurore est l'amie des muses (Morgenstund hat Gold im Mund) :

« Quand on se lève tôt, cela rapporte. »

La pomme ne tombe pas loin de l'arbre :

« Tels les parents, tels les enfants. »

Tant va la cruche à l'eau, etc. :

« cela dure, jusqu'au moment où c'est fini. »

Affectivité : La malade se plaint d'une grande indifférence affective. Elle dit qu'elle est malheureuse à cause de cela, que cela lui rend la vie insupportable. Elle est accessible, donne des explications abondantes sur son état : « Le travail ne me sortait plus des mains, des pensées s'imposaient à moi ; je ne suis pourtant pas une folle. Tout m'est égal, et je ne voudrais pourtant pas. » La malade est vive, produit en parlant même de l'affectivité. « Si seulement je pouvais pleurer, je serais de nouveau mieux. » Mais dit elle-même que cette affectivité n'est que superficielle et qu'en elle tout est vide et creux.

Elle souffre aussi de son impuissance à se diriger comme elle voudrait, et d'avoir perdu toute énergie.

Concède des idées d'interprétation : « J'ai eu peur que les gens ne me regardent à cause de cela » (de son affection).

La malade donne l'impression d'être un peu décousue, elle saute rapidement d'une idée à l'autre en parlant avec volubilité.

Maux de tête très pénibles avec sensations de chaleur et de tension.

Prononciation des mots : Pas de dysarthrie pour les mots que la malade connaît.

Pupilles : Réagissent normalement ; grandes, régulières.

Associations Jung-Ricklin.

1^o Noël : Noël.

2^o Dimanche : Dimanche.

3^o Lac : Le lac est profond.

4^o Hiver : L'hiver est froid.

5^o Ecolier : L'écolier est studieux.

6^o Père : Le père est honnête.

7^o Table : La table est carrée.

8^o Tête : La tête est malade (rit).

9^o Aiguille : L'aiguille est pointue.

Motricité : s. p.

EXAMEN DU 20-I.

Orientation : Bonne.

Hallucinations : Elle a beaucoup de bourdonnements d'oreille en dernier temps. Une fois prise subitement

de ces bourdonnements, elle a un léger vertige et manque de tomber en arrière. Un jour elle entend tinter la sonnette, elle va ouvrir, et ne trouve personne. Une autre fois elle entend prononcer son nom ; elle croit que sa maîtresse l'a appelée, mais celle-ci lui dit que non.

Autocritique : Ce qui surprend surtout chez elle, c'est l'étonnante critique qu'elle a de son état : « Je suis comme une grand'mère, sans bouger, cela ne vaut pourtant rien pour une jeune fille. Si je pouvais redevenir ce que j'étais avant, j'aimerais tant pouvoir de nouveau travailler et redevenir « naturelle ». Quand je serai de nouveau normale, cela me fera rire d'avoir été si bête, dans un tel état d'immobilité ». Caractérise elle-même son état affectif comme suit : « J'ai senti comme je devenais plus dure de jour en jour ; j'ai eu la sensation que mon cœur se fermait (s'Herz geht mir zu). Je suis insensible, dure, sans pitié pour les autres, si froide ».

Affectivité : Cette insensibilité, cette immobilité affective la préoccupent beaucoup. Une phrase qui revient tout le temps dans ses dires, c'est : « Je suis immobile, comme une grand'mère. Si seulement je pouvais de nouveau pleurer, je guérirais. Je ne peux plus distinguer entre la joie et la peine. Autrefois je ne me serais pas laissée enfermer ainsi, et aujourd'hui cela m'est bien égal ; et d'ailleurs personne n'a besoin de venir me voir, peu m'importe ».

Elle produit en disant tout cela une certaine affectivité ; elle a d'ailleurs quelques idées d'amoindrissement : « Autrefois j'avais beaucoup d'estime pour moi-

même ; maintenant je me méprise. Je ne fais plus mon devoir, oh que je suis devenue peu de chose — ».

Idéation. : Ce qui la préoccupe beaucoup c'est d'être obligée de réfléchir tout le temps ; c'est surtout du passé que s'occupent ses pensées ; elle fait de la rumination mentale, passant et repassant mentalement, dans tous ses détails un événement quelconque, une conversation qu'elle vient d'avoir p. ex. A essayé de lutter contre cet état qui lui paraissait bizarre : « Je me suis souvent demandée, qu'est-ce que j'ai donc ? » Mais ces idées s'imposent avec une force irrésistible.

Hallucinations psychiques : En même temps les pensées sont plus « hautes », presque parlées : « Mes idées étaient plus « hautes » presque comme parlées ». Elle cherche à interpréter ce phénomène : « Pendant 15 jours j'ai cru que c'était le diable qui me dictait ces idées ; maintenant je ne le crois plus ; ce sont mes propres pensées ».

Idées d'interprétation : Elle croyait parfois que les gens dans la rue s'occupaient d'elle. A un moment donné elle préfère rester chez elle pour ne voir personne. Pendant son travail elle sursautait au moindre bruit et se croit obligée d'écouter : « Il y avait quelque chose en moi qui me forçait à écouter ».

Pendant l'interrogatoire on remarque surtout chez la malade des mouvements mimiques très vifs, exagérés (froncement des sourcils, toutes sortes de grimaces, mobilité très grande des yeux) et un sans-gêne remarquable (la malade joue avec les objets qu'elle trouve sur la table, y appuie ses coudes, couche la tête sur

son bras, etc.). Parle sans cesse avec volubilité et s'en rend compte : « Autrefois je ne bavardais pas tant ; je parle beaucoup trop ».

Maux de tête intenses, surtout dans la région du vertex « et lorsque je bavarde tant, j'ai encore bien plus mal » en riant.

Motricité : Pas de maniérisme ; aucune pararéaction ; exécute bien tous les mouvements demandés.

EXAMEN DU 30-I.

Orientation : Bonne.

Mémoire : Mémoire de fixation bonne. La malade dit qu'elle se rappelle tout ce qui a été dit entre nous depuis notre première entrevue, et en donne des preuves. Raconte de menus faits arrivés dans sa salle quelques jours auparavant.

Associations de M. Jung-Ricklin.

- 1^o Noël : joyeuse fête.
- 2^o dimanche : fête, jour du seigneur.
- 3^o hiver : l'hiver est froid.
- 4^o lac : lac, le lac est profond.
- 5^o écolier : l'écolier est studieux ou attentif.
- 6^o père : père, le père est honnête.
- 7^o table : la table est carrée.
- 8^o tête : la tête est malade.
- 9^o encre : encre, l'encre est noire.
- 10^o aiguille : l'aiguille est pointue.
- 11^o pain : pain, le pain est nourrissant.
- 12^o lampe : la lampe est claire.

13^o arbre : l'arbre porte des fruits, mais pas tous, p. ex. le Mimosa, qui est beau et sent bon ; l'air est embaumé (en français).

14^o montagne : la montagne est élevée.

15^o rêve : rêve, les rêves sont souvent obscurs, ah ! que j'en ai eu des rêves.

Les réponses sont presque partout identiques à la première fois. Elle répète souvent le mot évocateur et ne répond qu'avec lenteur. Elle-même a d'ailleurs remarqué que sa pensée devenait plus lente, plus paresseuse, qu'il lui fallait plus de temps pour répondre. « Les idées ne me suffisent plus ».

Autocritique : « Etes-vous malade ? » — « Oui, je suis malade dans la tête ».

« Mais vous n'êtes pas folle ? » — « Non, pas tout à fait, mais j'aurais pu le devenir quand j'avais tellement mal à la tête ; maintenant ça va un peu mieux ».

Pour le reste son état est stationnaire ; dort assez bien mais se réveille plusieurs fois la nuit. Rêve beaucoup ; déjà à Montpellier a beaucoup rêvé, surtout de serpents.

EXAMEN DU 2-II.

Orientation : Temps : « 2 février 1928 ».

Lieu : « Clinique des nerfs ; je suis ici depuis le 15 janvier ».

Toujours excitée du langage et un peu décousue. « Si je parle tant, cela me donne mal à la tête ». Raconte avec beaucoup de détails des faits de sa jeunesse,

s'interrompt lorsqu'elle voit un médicament sur la table, lit le nom et dit : « j'ai eu cela aussi », puis continue à bavarder.

Toujours le même laisser-aller dans la tenue : « Je suis quand même effrontée, je me conduis comme si j'étais chez moi ».

Affectivité : Même état, en général légèrement euphorique.

Se plaît ici : « Autrefois je n'aurais pas voulu rester, aujourd'hui cela m'est bien égal ».

Toujours même état d'inertie émotive : A eu la visite de sa sœur, préférerait ne pas en avoir : « Personne n'a besoin de venir me voir ; et pourtant j'ai mère, père et sœurs et cela m'est égal. Je n'aime plus ma patronne ni ma mère non plus. Aujourd'hui n'importe qui pourrait m'insulter cela me laisserait froide, et autrefois je me serais défendue ».

Autocritique : « Jusqu'en juin 1926 j'ai été tout à fait normale ; tout à coup j'ai remarqué, que je changeais. J'ai eu la sensation que mon cœur se fermait. Je me réjouissais tant en attendant quelque chose, et quand cela arrivait cela me laissait indifférente. Et maintenant je suis là comme une grand'mère ; comment peut-on devenir si malade ? j'aurais préféré avoir une autre maladie ». Elle est devenue lente, paresseuse, distraite. « Je pense une fois ceci, une fois cela, et tout à coup tout reste immobile ».

Dénomination de couleurs : correcte.

Dénomination d'objets : id.

Dénomination d'images : id.

Reproduction des rythmes : bonne, mais certaine inattention.

<i>Praxie</i>	}	bonne pour les mouvements simples, mouvements plus compliqués, hésitants.
<i>Praxie symétrique</i>		

EXAMEN DU 3-III.

Orientation : intacte.

Malade dit qu'elle va mieux : « C'est plus clair dans ma tête. » Se plaint toujours de maux de tête le long de la suture frontale.

Sommeil : bon.

Parle toujours dans les mêmes termes de son état affectif ; montre une certaine affectivité pour exprimer le désir de revenir à un état antérieur et pour se plaindre de son indifférence.

« Mon cœur est mort. Je ne peux plus pleurer. Si j'étais seulement, comme j'étais avant. Comment cela s'est-il fait que je sois devenue si insensible ? Je ne peux plus me mettre en colère. Autrefois j'étais nerveuse, maintenant j'ai une maladie de nerfs. Je suis devenue si calme, tout m'est indifférent. Je suis vide intérieurement ».

Elle est en général accessible. De temps en temps elle interrompt l'interrogatoire, en se rebiffant pour dire : « Maintenant je ne dirai plus rien. Je ne le dirai pas. Vous ne faites que me questionner ; j'en ai assez maintenant », mais elle redevient rapidement accessible et docile.

Idéation : Se sent encore toujours obligée de penser, surtout au passé, et s'en plaint, : « Je suis encore toujours forcée de penser au passé ». Le phénomène des hallucinations psychiques persiste, mais moins intense.

Idées d'interprétation : surtout peu avant son entrée à la Clinique. « J'ai cru que tout le monde me regardait d'un drôle d'air ». « Je croyais toujours qu'ils me faisaient des reproches sur ce que j'avais grossi en dernier temps. Je n'osais plus aller au cinéma, je croyais que c'était la cause. J'ai cru que tout voulait me séduire. J'ai cru que quelqu'un m'avait maudit. Pendant 15 jours je croyais que c'était le diable qui me poussait, maintenant je ne le crois plus ».

« Ma conscience m'a fait des reproches : tu ne vaux rien, tu ne travailles plus, il faut que tu t'amendes ».

Lecture : correcte.

Répétition de mots et de phrases : bonne.

Stéréognosie : intacte.

Toujours très loquace, avec mimique très expressive : « J'ai de nouveau trop parlé, j'en tremble intérieurement ».

EXAMEN DU 8-III.

Même état, un peu amélioré cependant suivant ses dires : « Les pensées sont moins fortes, et je ne suis plus obligée de penser autant ».

Sommeil : Se réveille plusieurs fois dans la nuit. Rêve beaucoup, surtout des événements de la journée, mais aussi d'événements terrifiants qui ne lui causent

pas la moindre peur, a-t-elle remarqué. Trouve que dans ses rêves elle déploie une adresse qui lui fait défaut à l'état de veille : « Depuis que je suis malade, je suis adroite la nuit en rêve, et non pendant la journée pour travailler ».

Affectivité : « Je ne peux pas avoir honte ni me mettre en colère. Prie tous les soirs pour sa mère, ses parents, ses amis « mais je ne prie que du bout des lèvres ; ça ne vient pas du cœur. N'est-ce pas honteux que je n'aie plus le désir de prier ? Et autrefois je croyais presque parler à Dieu lui-même ; j'aimais aller à l'église, et depuis que je suis malade, je suis comme une hypocrite ; je n'écoutais plus ce que disait le prêtre, j'étais toujours en pensée dans le passé ». Sa mère est venue la voir. La voyant pleurer elle lui a dit : « Si tu commences à pleurer, je m'en irai. Cela m'était bien égal de rentrer chez mes parents ; si on ne m'avait pas renvoyée, je ne serais pas retournée à la maison ».

Idées dépressives : « Je suis moi-même la cause de mon mal pour avoir voulu partir si loin ; et là j'ai dû tant pleurer, garder tant de choses pour moi et puis les gens étaient si faux envers moi, tout cela est la cause. Si cela doit continuer ainsi, alors ma volonté et mon désir seront : en haut, vers Dieu ».

Voudrait guérir : « Je voudrais maintenant guérir, j'ai envie de sortir d'ici. Je voudrais penser à mon avenir, que je serai de nouveau bien, mais je ne peux pas y penser, il faut que je revienne toujours au passé ».

Idéation : Les idées s'imposent toujours, mais ont moins le caractère parlé qu'avant. « D'où me viennent

toutes ces pensées, il n'y a pourtant personne près de moi qui me les dicte? J'ai dû réfléchir tout le temps et ma tête ne savait plus ce que faisait ma main ».

Toujours excitée du langage, gestes très expressifs, grimaces, parle avec une certaine affectation. Elle a beaucoup mal à la tête, car elle a beaucoup causé avec sa sœur venue pour la voir. Rit avec une grande facilité d'un rire plus ou moins niais : « Tout me fait rire maintenant, ce ne serait souvent pas la peine. Je ris de n'importe quelle bêtise. Autrefois j'avais une copine qui riait aussi pour un rien ; je deviens comme elle ; je deviens gosse ».

Spontanément elle chante une chanson qu'elle vient d'apprendre d'une autre malade : Ne parle pas, Rose, je t'en supplie etc., puis de même récite des poésies (en allemand) :

Qui jamais n'a mangé son pain en pleurant
Qui jamais n'a passé des nuits d'angoisse
Assis sur sa couche en versant des larmes,
Ne vous connaît pas, puissances divines !

EXAMEN DU 13-III.

Affectivité : « Je voudrais guérir maintenant, cela ne vaut rien pour une jeune fille de rester toujours au lit comme une grand'mère. Je n'ai pas de pitié pour ma mère ; elle est seule maintenant et doit faire seule tout le travail. Je prie tous les soirs pour les enfants (de ses anciens patrons) et pour ma mère, mais je le fais par habitude ».

En apprenant la mort d'une fille de ses anciens patrons, elle a une crise de larmes et de cris, de carac-

tère impulsif, mais pas de chagrin véritable : « J'ai dû crier et pleurer toute une journée, mais je n'ai pas eu de peine « au cœur » ; j'étais forcée de crier, mais tout n'était que superficiel ». A la demande si elle aurait du chagrin si sa mère venait à mourir elle répond : « Je ne sais pas, je serais peut-être forcée de crier de nouveau comme à la mort de Ginette. »

Idéation : « Mes pensées sont encore trop fortes, cela me donne des maux de tête. » Se plaint d'être obligée de tout dire : « Quelque chose me pousse à tout dire, je ne peux rien garder pour moi ». Elle avait reçu quelques lettres d'un jeune homme : « J'ai tout raconté à ma sœur et à ma patronne, et j'ai montré toutes mes lettres ».

Hallucinations psychiques : Elle parle une seule fois « de voix intérieures » de la conscience, du cœur : « J'ai cru que quelqu'un me dictait les pensées, peut-être le diable parce que j'avais cessé de prier pendant 15 jours. Autrefois j'avais mon ange gardien, maintenant je ne le sens plus ; c'est peut-être une tentation de Dieu (Dieu punit ceux qu'il aime) ».

Rêve toujours beaucoup : « Nuit et jour mon esprit, travaille. Il y a comme une petite machine en moi qui tourne ».

Associations de Jung-Ricklin.

16^o cahier : le cahier sert à écrire.

17^o papier : sert aussi à écrire.

18^o livre : le livre est pour apprendre.

19^o école : on apprend aussi à l'école.

21 anneau : fragile (Das Ringlein sprang entzwei).

26° cerise : sont bonnes (récite : Rote Kirschen ess ich gern, schwarze noch viel lieber).

27° asile : « Je dois dire asile d'aliénés ; je ne suis pas folle ! »

28° piano : Oh, j'aimerais avoir un piano ; c'est pour faire du concert.

29° fourneau : on le chauffe.

30° se promener : se promener ; c'est très sain d'aller se promener à l'air.

45° or : l'or, c'est de l'or ; mais tout ce qui brille n'est pas de l'or.

46° caresser : c'est chérir.

47° magnifique : magnifique, je n'aime pas ça.

49° doux : doux, aimable à la figure et faux derrière le dos.

On remarque une certaine fuite des idées intérieures ; elle saute d'une idée à une autre analogue et montre une tendance à la périphrase. D'autre part fatigabilité rapide. Après un certain nombre d'associations les réponses deviennent lentes et hésitantes. L'attention est vite fatiguée et on n'obtient plus que très difficilement qu'elle fixe un instant son attention sur la question posée.

EXAMEN DU 16-III.

Orientation : correcte.

Idéation : Même état : « Je sais que cela ne sert de rien de tant réfléchir, mais j'y suis forcée quand même. » Cependant les idées s'imposent avec moins de force et elle souffre moins de céphalées.

Idées d'interprétation : « Je n'osais plus regarder par la fenêtre parce que les gens me regardaient drôlement. » Mais dit ne pas avoir remarqué qu'on parlait d'elle. D'ailleurs ces idées d'interprétation ont disparu depuis qu'elle est à la Clinique.

Etat général : Sommeil : bon. Appétit : assez bon ; trouve qu'elle grossit trop. Se plaint de sudations exagérées des mains et des pieds et d'avoir les pieds toujours gelés.

EXAMEN DU 20-III.

Orientation : intacte.

Epellation :

Breuschwickersheim : +

Tramsh'b saffner (Trambahnschaffner), une 2^e fois : correct).

Eisenbahnwagen : +

Dampfwalze : +

Rauchwolke : +

Frühlingsmorgen : + continue : « alors les oiseaux commencent à chanter », se met à chanter, puis spontanément : « Je parle trop, je suis une radoteuse ».

Récite : Reichtum, Geld u. Gut sind eitel

Adam seht und Abraham

Lebten ohne Geld im Beutel

Dennoch frei von Not und Gram.

« Mais aujourd'hui il faut avoir de l'argent (rit). » Elle est euphorique, dit en riant : « J'en sais encore une ».

Puis ajoute : « Non ça ne va pas, cela me fait mal à la tête ».

Puis : « Maintenant ça ira ».

Chante avec facilité (en allemand) :

« Nous autres étudiants sommes ainsi faits

Nous en aimons plus d'une seule

Quand je ne serais plus étudiant.

Je n'aimerais plus que toi seule. »

Automatismes :

Mois : correctement énumérés.

en arrière : « Laissez-moi réfléchir d'abord, décembre . . . je ne sais plus, novembre, octobre + — janvier » avec quelques arrêts. Arrive facilement lorsqu'elle fait un effort de fixation.

Chiffres impairs : 1, 3, 5 je ne peux pas, — 11 11 13 16 19 ; se trompe parfois.

Compter à rebours : 100, 99, 98 + — 91 de là saute immédiatement à 80 + — 71, 60, en sautant toujours les 10 chiffres elle arrive à 36 où elle s'interrompt pour réciter un verset très connu des écoliers.

Proverbes : L'aurore est l'amie des muses : « Faire la grasse matinée n'est pas mauvais non plus. On m'a déjà demandé ça à mon arrivée. »

Tant va la cruche etc. : « Tout dure un certain temps et puis c'est fini. »

« Toute chose a son temps, les desseins de Dieu sont éternels. »

Les mensonges ne vont pas loin :

« On ne croit plus rien à celui qui a menti une fois ».

L'honnêteté va le plus loin « Que dois-je dire? »

Apercevant sur la table un marteau à réflexes elle s'en empare : « Avec ça ils m'ont tapé sur les genoux la première fois que je suis venue ».

Viele Hunde sind des Hasen Tod. « Oh, j'ai dit cela dernièrement. Je veux vous donner un exemple : Quand j'ai été à Montpellier toute seule parmi tous ces étrangers et sans pouvoir dire mes peines à quelqu'un cela m'a fermé le cœur. C'est la même chose pour le lièvre quand il a beaucoup de chiens à ses trousses. Maintenant ça fait déjà trois ans que je suis malade. Que la jeunesse est belle, mais elle ne revient plus ; mais qu'est-ce que j'ai eu comme jeunesse ».

Chante : La Loreley, sans se faire prier, assez correctement, en s'arrêtant parfois pour commenter une idée qui l'a frappée.

« Au mois de décembre j'ai eu tellement mal que je n'ai plus pu chanter à l'église ; je n'écoutais plus ce que disait le prêtre, je ne faisais que réfléchir, j'étais toujours dans la lune. »

Spontanément : « Je sais encore bien des chansons ». Murmure la Sérénade de Toselli.

Voit un flacon sur la table, lit à haute voix le nom : Génostychnine. Toujours euphorique avec remarques mélancoliques de temps en temps.

Récite : « Nous autres étudiants, etc. (voir plus haut).

« Rien n'est vrai ; tout est trompé ; les hommes sont tous trompeurs. Vous inscrirez tout cela ».

Chante : « Je veux cueillir des roses pour toi, tu cueilleras des myosotis.

Je ne veux jamais t'oublier, ne m'oublie pas non plus. »

S'excite lorsqu'on le note et récite autre chose : en allemand

« Roses, tulipes et œillets
Toutes les fleurs se fanent
Le marbre et le fer peuvent se briser
Mais jamais notre amitié ne se rompra. »

Tout ce qui brille n'est pas de l'or. Répète la phrase.
Les apparences sont trompeuses. « C'est la même chose ; je peux être extérieurement bien habillée, personne ne sait ce qu'il y a dessous ».

Pendant l'interrogatoire on remarque une grande fatigabilité et l'impossibilité de concentrer son attention, ce qui influe sur le contenu des réponses. En général elle est plutôt euphorique ; excitation du langage, légère fuite des idées intérieures, mais de temps en temps s'installe une légère dépression généralement très fugace.

EXAMEN DU 22-III.

La malade se présente toujours de la même façon avec les mêmes préoccupations, d'être vide intérieurement, de n'avoir pas de cœur ; puis rit : « Je ne peux pourtant pas être vide, j'ai aussi un cœur ; tout cela est au figuré. Le cœur est l'horloge de la vie ».

Lorsqu'un mot, une remarque la contrarie, elle ne se met pas en colère, mais a une sensation nerveuse qu'elle ne peut définir et qui se traduit par des mouvements brusques et le refus de répondre. « Je ne sais pas ce que c'est ; je ne me mets pas en colère, autrefois je me serais défendue autrement ».

Idéation : Reconnaît elle-même les difficultés qu'elle a pour fixer son attention : « Il y a toujours des pensées qui se mettent en travers ».

Les idées sont moins « hautes », mais elle se sent toujours encore obligée de penser beaucoup.

Rêve beaucoup. A rêvé de Ginette morte qu'elle a vu entrer dans une rivière profonde, sans avoir le moins du monde peur. « J'aimerais bien avoir peur ».

Calcul : ne calcule qu'avec réticence. Dit n'avoir jamais eu de goût pour le calcul : « J'étais toujours paresseuse pour le calcul, je suis trop bête, archibête ».

Mémoire : Guillaume II : « Empereur d'Allemagne ». Le 25 novembre 1925 ou 24 a eu lieu le mariage de Guillaume II et de Herminie ».

Guerre mondiale : « gagnée par les Français » ;

Alliés : croit que les Américains étaient du côté français. « Je ne me rappelle plus. Je ne me suis jamais occupée de politique. J'aimais mieux mes poupées. Et encore maintenant je voudrais jouer avec des poupées, je suis encore bien gosse ».

Différence entre les religions catholiques et protestantes : « Les catholiques adorent la Vierge, pas nous ».

Année : 365 jours.

Heure : 60 minutes.

Minute : 60 secondes.

kg. : 1000 grammes.

livre : 500 grammes.

Prononciation de mots : Aucune dysarthrie.

Dessin : s. p.

Écriture : écrit correctement les mots qu'elle connaît.

Proverbes : Les eaux calmes sont souvent profondes : « Ceux qui ne se font pas remarquer sont souvent les plus malins. »

La répétition fait l'artisan : « Quand on le fait souvent, on devient adroit. »

EXAMEN DU 29-III.

Toujours excitée du langage, parle sans arrêt avec beaucoup de gestes et de grimaces. Voyant écrire elle dit d'un ton détaché : « Maintenant il recommence à gratter (écrire) ».

Affectivité : A lu dans un journal laissé par une visite, le récit d'un meurtre suivi de suicide : « Cela ne m'a rien fait du tout, et autrefois une chose pareille m'aurait mise hors de moi et j'aurais eu pitié de ces pauvres gens. Plus aujourd'hui ». Parle d'une compagne qui vient de quitter la Clinique. « Qu'elle doit être heureuse d'être sortie d'ici. A moi ça ne me fait rien du tout de rester là. C'est une honte pourtant, je suis dans la Clinique des nerfs (expression populaire pour Clinique psychiatrique) et cela ne me fait rien du tout ».

Montre toujours le même état euphorique, rappelant parfois un état maniaque : ne cesse de mouvoir ses mains, se balance sur sa chaise, gratte la table avec l'ongle, joue avec tous les objets qui tombent sous sa main. On lui dit qu'on écrira un livre sur son cas. Cela l'intéresse beaucoup. Raconte l'histoire suivante

qu'elle veut y trouver consignée : « La nuit dernière a vu en rêve une croix de dimensions considérables portant Jésus. Elle était tombée à genoux priant pour elle et les autres malades. D'un côté alors de la croix ont paru les apôtres et de l'autre la foule des méchants qui voulaient l'entraîner vers leur groupe. Elle s'est débattue alors et a renversé une vase sur sa table de nuit ».

S'empare sans transitions d'un porte-plume et se met à dessiner une tête avec des chiffres, et à écrire. Tremble beaucoup en écrivant. Écrit correctement : « Wir Studenten sind mal so » jusqu'à la fin. Fait des jeux de mots, des calembours sur Guillaume II, les médecins ; profère des lieux communs avec une certaine emphase : « La volonté est forte, mais la chair est faible, mais chez moi c'est l'inverse, la volonté est faible et la chair est forte ».

Récite spontanément :

« Dans ce monde où tout penche vers un autre meilleur. La fleur est pour la branche, et l'ami pour le cœur ».

Puis sur demande :

Le renard et le corbeau, en entier tout en s'arrêtant pour commenter les idées qui la frappent. P. ex : ne se sent pas de joie : « Celui-là avait des sentiments ».

Spontanément : La cigale et la fourmi.

« J'ai toujours bien appris à l'école, mais j'aimais encore mieux jouer ».

EXAMEN DU 4-IV.

Orientation : bonne.

Autocritique : « Cela fait déjà 2 ans que je suis malade.

Croit que son état est dû à la fatalité, pas une punition de Dieu.

Entremêlé d'idées dépressives : « Ce n'est pas une vie quand on se sent si peu de chose, comme un enfant, sans aucune énergie ».

Affectivité : Etat stationnaire. Pour mettre à l'épreuve son indifférence la sœur l'avait grondée plus fort qu'elle ne le méritait : « Ça m'a donné comme une secousse, mais je ne me suis pas fâchée, je n'arrive pas à me mettre en colère ».

Cependant se trouve un peu améliorée : « Je ne suis plus obligée de penser autant. Et je n'ai plus d'idées bêtes comme celle-ci que les gens s'occupent de moi et me regardent drôlement ».

Automatismes : 100 + — « 91, 80 + — 71, 60 + — 51, 40 etc.

Chiffres pairs : 2, 4, 6, 8 + — 50

Chiffres impairs : ne veut pas compter ; puis faisant un effort visible pour se concentrer 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 + — 25. « Ce n'était pas juste au début, je n'ai pas fait attention. Je n'avais pas mon esprit à l'affaire ».

Mois : +. Jours de la semaine : +. A rebours : Correctement énumérés, avec effort de fixation.

Puis brusquement : « Je veux rentrer à la maison maintenant. J'ai été assez longtemps ici. A Pâques je veux être chez nous. Ma mère voudrait que je revienne à la maison ». Mais ne sait pas si elle aurait de la peine au cas où elle serait obligée de rester. « Si seulement je pouvais m'ennuyer après ma mère, je n'ai de tendresse pour personne ».

Proverbes :

Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr.
« Ce qu'on apprend pas étant enfant, on ne l'apprend plus jamais ».

Parle de Montpellier, de ses belles promenades, puis sur un ton emphatique : « Montpellier, son carnaval, son climat, son Université, cela se trouve sur tous les cachets officiels ». « J'ai bien souffert à Montpellier ; j'étais seule, si loin de mes parents, sans amie ». Parlant de son aventure dans le train, elle dit : « Cela m'a achevée ».

Affectivité : Toujours même indifférence. « Quand je suis revenue tout m'a paru si drôle, si étrange, si changé. J'avais peine à reconnaître la ville et mes sœurs m'ont parues si lointaines, si étranges, immenses ». Ses parents remarquent qu'elle a changé. Elle reste pour elle, ne s'intéresse plus à rien, n'aide pas dans le ménage. Lors d'un accident de sa mère (fracture du bras par chute) elle ne pleure pas, n'a pas de peine. « Et quand je suis venue à la Clinique ma mère a pleuré, et à moi cela m'était bien égal ».

Aujourd'hui paraît plus claire et plus capable de se concentrer. Les opérations de calcul et d'énumération ont été plus rapides que la dernière fois et aussi plus justes. Mais se dit vite fatiguée et ne se prête plus que difficilement à l'examen.

EXAMEN DU 12 IV.

Même aspect extérieur, même insouciance de la tenue
« Je ris toujours si bêtement ; je dois rire trop souvent,

c'est de la bêtise. Quand serai-je guérie, que ces bavardages cessent une fois pour toutes ! »

Se trouve améliorée, mais souffre toujours de céphalées et de variations de la température locale des mains. Autrefois très chatouilleuse, elle est devenue complètement insensible. Ne rêve plus autant, a moins de pensées qui s'imposent. Soupire parfois profondément, puis rit de nouveau. Lorsque le temps est mauvais elle se sent moins libre ; déjà avant : « Quand le temps était sombre, j'ai toujours dû penser plus et j'avais alors du noir devant les yeux ».

Epellation :

Himmelfahrtstag : +

Schlüsselblume : +

Nervenlinik : +

Récite et chante spontanément :

J'aime revoir ma Normandie

Montagnes, Pyrénées

Sambre et Meuse.

Mémoire :

Bismarck : « Homme d'état, a été assassiné ».

Vercingétorix : « Grand héros ».

J. César : « Sa grande taille et sa tenue majestueuse lui donnaient un air auguste ».

Charlemagne : « était un grand roi. Autrement je n'en sais plus rien ».

Louis XIV : « A Montpellier il y a sa statue. Empereur des Français ou de Provence ; je ne sais plus rien ».

Napoléon I^{er} : « A été aussi quelque chose d'analogue, je ne sais plus rien ».

Paraît très fatiguée par l'examen.

EXAMEN DU I^{er}-V

Arrive en courant, parlant avec entrain et avec une mimique très expressive. Ne sait pas si elle doit se réjouir de sa libération prochaine qu'on lui a annoncée : « Si, pourquoi pas ? » A moins de maux de tête, moins de pensées obsédantes. Ne se croit plus en butte à l'observation de tout le monde.

Encore quelques idées d'amoindrissement. Se sent diminuée, sans valeur.

Spontanément : « J'ai appris d'autres chansons depuis la dernière fois ». Chante avec intonation juste et affectivité bien nuancée : la Berceuse de Jocelyn.

Puis dit spontanément : « Vous m'aviez demandé la dernière fois ce que je savais de Bismarck, je n'ai rien voulu vous dire ; mais aujourd'hui je vous le dirais : B. était le chancelier allemand ».

et de Charlemagne : « a régné de 768 à 814 » ; puis récite mot à mot la page de son livre d'histoire, traitant de Charlemagne.

Explique que si elle ne répond pas, ce n'est pas exprès, mais parce qu'elle pense : « Vous le savez déjà ».

Reconnaît son inattention habituelle : « Je ne suis jamais la conversation, et je parle toujours d'autre chose ».

Affectivité : Se plaint encore toujours de son expérience malheureuse de Montpellier. « Si seulement j'avais eu quelqu'un pour me confier à lui ». Croit que ce refoulement est cause de son mal. Dit ensuite en riant qu'elle est bien malheureuse, qu'elle est adroite, énergique, en

rêve seulement, et que pendant la journée elle l'est si peu.

Croit qu'elle a un peu plus d'affectivité qu'avant.

Mémoire : Mémoire de fixation bonne même pour les plus infimes détails. Voyant du muguet sur une image elle dit : « Ça c'est du muguet. Il y a aussi du muguet sur vos boutons de manchette que j'ai vus il y a longtemps » (Plusieurs semaines auparavant). « Je me rappelle encore chaque parole que M. le Professeur m'a dite ».

Couleurs : Dénomination correcte ; choix juste.

Images : bien reconnues.

Stéréognosie : intacte.

Lecture : bonne.

Rythmes : simples, bien compris et exécutés, compliqués : hésitants, par défaut d'attention.

Dessin : un peu puéril.

Praxie : normale.

Praxie symétrique : se trompe parfois, un peu plus à droite qu'à gauche ; dit elle-même que c'est par inattention et de fait arrive à corriger si elle veut.

Quitte la Clinique le 5-V. sans amélioration notable. Depuis est revenue plusieurs fois à la Consultation où on a constaté que son état est resté stationnaire.

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

En résumé nous nous trouvons donc en présence d'un cas clinique dont l'état se caractérise par les faits suivants :

Indifférence affective presque totale.

Autocritique remarquable.

Aboulie, déficit de l'attention.

Pas de troubles objectifs de l'idéation ni de la motricité.

En présence de pareils faits et sachant que l'affection a débuté chez notre malade à l'âge de 19 ans que faut-il conclure? Tous ces symptômes et notamment le rapide établissement et la persistance invariable depuis d'une indifférence affective presque absolue, font penser au diagnostic de Démence précoce ou, si le mot démence peut choquer certains d'une Schizophrénie. Cette indifférence affective parfois le premier et l'unique symptôme d'une démence précoce au début, avait frappé depuis longtemps l'esprit de beaucoup d'observateurs. Elle a été nettement mise en lumière par Kræpelin dans son *Traité de Psychiatrie* (VIII^e édition, pp. 670).

« Des altérations évidentes et profondes se font jour dans la vie sentimentale de nos malades, altérations dont la plus importante est l'inertie affective. L'extra-

ordinaire indifférence des malades vis-à-vis de leurs intérêts antérieurs, la disparition de toute affection pour leurs parents et amis, de toute satisfaction dans leur travail et de toute joie de vivre est quelquefois le premier et le plus apparent des signes de début de la maladie ».

Bleuler n'est pas moins affirmatif : (La D. P. ou le groupe des Schizophrenies p. 32) : « Souvent l'indifférence est le cachet extérieur de ces malades, une indifférence totale envers parents et amis, métier et distractions, vis-à-vis de leurs devoirs et de leurs droits, du bonheur comme du malheur ».

C'est bien ainsi que l'affection a débuté chez notre malade. Cependant l'affectivité n'était pas complètement abolie puisque surtout au début, elle se plaignait, en exprimant des sentiments qui paraissaient sincères, de son état qui lui était douloureux.

Bleuler qui a très bien étudié ces états, dit d'ailleurs, que loin d'être indifférents, certains des ces malades montrent au début une sensibilité spéciale qui les incite à se replier sur eux-mêmes et à se cloisonner vis-à-vis du monde extérieur pour éviter des contacts douloureux. Chez notre sujet pareille chose a pu se produire, puisqu'au début de son affection elle a passé par une violente crise de découragement et de désespoir. Elle-même accuse d'ailleurs l'isolement plus ou moins *volontaire* où elle se tenait à ce moment-là, d'être la cause directe de sa maladie.

Mais cette affectivité n'est jamais bien profonde. Les malades ne réagissent pas comme réagirait un être normal en face d'un pareil état de choses et bientôt l'indifférence prend le dessus.

Alors ils deviennent incapables non seulement d'avoir des sentiments profonds, mais encore d'adapter leur tonalité affective à une situation donnée. Ex.: notre malade qui se plaint de ne pouvoir se mettre en colère lorsqu'on la contrarie et de ne pas éprouver de tristesse quand les circonstances l'exigeraient. Cette scission entre la réalité et les réactions affectives est un bon signe de Dissociation.

Une autre particularité digne d'être signalée est la conservation d'une autocritique remarquable. Elle porte des jugements fort judicieux sur son état et si elle ne se croit pas atteinte d'aliénation mentale, elle a peur d'en arriver là un jour. Déjà Kræpelin parlait de la connaissance que peuvent avoir ces malades de leurs troubles et des altérations qui se sont produites dans le sein de leur psychisme. Bleuler est plus explicite : (Op. cit. p. 70). La critique de leur état est chez les Schizophrènes souvent un phénomène remarquable. Si elle manque dans les cas graves à l'apogée de la maladie, au début du moins certains d'entre eux, suivant leur niveau intellectuel, analysent très bien leurs troubles. S'ils ne se jugent pas aliénés, ils craignent de le devenir ou plus tard d'avoir été rendus fous. Mais en général ces malades n'en tirent aucune conséquence pratique vis-à-vis de leur état. Tout se passe, dit-il, comme si le moi était divisé en deux parties, dont l'une restée saine jugerait l'autre aliénée. Et il en fait un nouveau symptôme de dissociation.

Dans la sphère de la volonté, intimement liée à l'affectivité, notre malade présente de l'aboulie. Elle s'est plainte souvent d'être incapable de fournir un travail suivi ; de poursuivre un but donné, de main-

tenir son activité dans une direction déterminée. Ce phénomène aussi a été bien décrit par Kræpelin (Op. c. p. 706) : « De concert avec les profondes altérations de l'affectivité nous voyons se produire des modifications très importantes dans le domaine de l'activité et de la volonté. Tout d'abord nous nous trouvons en présence d'une diminution générale des mobiles effectifs du vouloir (Willensantriebe). Les malades ont perdu toute tendance spontanée à agir et à travailler, n'éprouvent plus le besoin d'une occupation quelconque, n'ont plus aucun intérêt, aucune joie de vivre. » Par ailleurs (p. 67) il décrit les troubles de l'attention, très nets chez notre malade qui est incapable de se concentrer, ce qui amène naturellement une diminution de son activité et de sa valeur sociale.

Claude se plaçant au point de vue des relations, de l'individu avec la société parle d'une abolition de la valeur pragmatique et Minkowsky de démence pragmatique.

L'idéation par contre paraît peu altérée chez notre malade. Les troubles des associations si importantes pour Bleuler font à peu près complètement défaut. A peine remarque-t-on une répétition assez fréquente du mot évocateur et une légère tendance à sauter d'une idée à une autre par analogie, assonance ou tout autre mécanisme. Cette sorte de fuite des idées, qui rappelle d'assez loin celle produite par des maniaques, existe aussi dans la conversation ordinaire de la malade. Mais le jeu des associations n'est pas troublé au point que la pensée soit atteinte dans sa forme logique et le jugement semble intact. Cependant sa raison travaille avec lenteur, les opérations intellectuelles qu'on lui

demande, sont quelque peu paresseuses et parfois fausses ; mais cela semble dû plutôt au peu d'intérêt qu'elle y apporte et à son incapacité de concentrer son attention plutôt qu'à un affaiblissement intellectuel.

Par contre, nous rencontrons chez notre sujet un certain nombre de symptômes moins apparents à première vue, et qui tous corroborent au diagnostic de démence précoce. L'hyperfonctionnement de la mémoire, signalée par Bleuler (Op. cité p. 113), la faculté d'enregistrer comme un cliché photographique les plus infimes détails de ce qui se passe autour d'eux à tel moment donné, est une particularité de certains Schizophènes. Cela semble dû à ce fait que le contrôle affectif normal qui nous permet de faire un triage électif parmi nos sensations est aboli et que le Schirophrène enregistre sans aucun choix tout ce qui se présente dans le champ de la conscience. De cette « mémoire photographique » notre malade a fourni plusieurs exemples rappelant à plusieurs semaines de distance tel menu détail qui aurait passé inaperçu chez tout être normal.

La sensation d'une influence étrangère s'exerçant sur leur pensée et les obligeant à penser certaines choses et l'intensification des idées, appelée aussi écho de la pensée, le fait que les idées paraissent plus hautes comme parlées, sont des phénomènes bien décrits chez les déments précoces (Kræpel. ; Bl.) et dont notre malade n'a cessé de se plaindre. Pendant 15 jours elle a cru que le diable lui dictait ses pensées et pendant tout son séjour à la Clinique des idées s'imposaient à elle avec une force particulière et ses pensées étaient plus hautes, plus intenses que normalement.

Cet ensemble de symptômes nous autorise donc à porter le diagnostic de démence précoce ou de Schizophrénie.

Mais ce qui domine l'image clinique de notre cas et lui donne un cachet tout particulier, c'est l'état de l'affectivité. Chez notre malade la sphère affective seule a été intéressée dès le début par le processus morbide et elle est restée à peu près seule intéressée depuis. A aucun moment la malade n'a montré de symptôme net de dissociation dans aucun autre domaine. Les troubles des associations si caractéristiques quand ils existent, étaient absents chez elle et jamais elle n'a présenté la moindre pararéaction motrice. L'affectivité a une part vraiment prépondérante dans les troubles qu'elle présente et peut en revendiquer la presque totalité ; à signaler cependant les hallucinations psychiques que nous avons mentionnées plus haut. Cette prédominance des troubles purement affectifs est un fait digne d'être signalé, car il est peu connu et la littérature autant que nous avons pu en juger ne le mentionne pas. Tous les auteurs ont décrit l'indifférence affective de la démence précoce, mais en combinaison avec d'autres troubles souvent plus apparents, dont l'ensemble imposait le diagnostic de Schizophrénie. Mais nulle part nous n'avons trouvé décrit cette variété où le processus dissociatif reste presqu'exclusivement localisé à la sphère affective.

Cette dissociation affective comment se fait-elle chez notre malade ? Tout se passe chez elle comme si les zones extrêmes de son affectivité étaient bloquées, alors que les nuances seraient restées libres. Elle est incapable d'avoir un sentiment tant soit peu profond. Elle

le déclare elle-même bien souvent. « Je suis devenue dure, insensible, sans cœur et sans pitié, sans affection pour mes parents et mes sœurs » sont des plaintes qui reviennent constamment sur ses lèvres. « Si seulement je pouvais pleurer », dit-elle encore, « je redeviendrais ce que j'étais avant ». Cependant elle a conservé une affectivité suffisante pour lui permettre de se livrer à de menus travaux de broderie, d'apprendre par cœur de petites chansons de préférence sentimentales ou religieuses et de s'intéresser aux petits faits de la vie quotidienne de la Clinique. Et même par moment elle paraissait sincère en disant qu'elle souffrait de son état, le plus souvent d'ailleurs pour partir bientôt d'un joyeux éclat de rire, déclarant qu'en somme elle n'était pas trop malheureuse ici. Une certaine versatilité d'humeur était d'ailleurs habituelle chez elle. Le fond de son humeur avait en général une tonalité légèrement euphorique ; elle parlait avec volubilité et une certaine affectation. Mais de fréquentes remarques à contenu dépressif venaient interrompre cet état, toujours proférées avec une sensibilité toute superficielle.

D'autre part la malade, bien que jugeant son état avec une netteté suffisante donnait l'impression d'être incapable de s'adapter à la situation d'une façon adéquate. Il s'agirait d'une étrangère et non d'elle-même, qu'elle ne raisonnerait pas sur son état avec plus de sang-froid et moins de subjectivité. Que tout cela la concerne elle-même, que sa santé, son avenir sont en jeu, elle en convient, mais cela ne l'émeut pas. Les liens affectifs qui la reliaient à la vie sont rompus presque en totalité. Et c'est justement la disproportion existant entre la situation réelle,

la critique qu'elle en conserve et ses réactions psychiques absolument anormales, qui en l'absence de tout autre symptôme caractéristique nous permettrait de conclure à l'existence d'une Schirophrénie. Il s'est produit une dissociation, une scission profonde au sein même de la sphère affective qui ne permet plus aux facteurs affectifs de jouer leur rôle de régulateurs et de stimulants de l'énergie vitale. Que cette scission n'intéresse pas toute l'affectivité, il n'y a là rien d'étonnant. Nous avons dit plus haut que l'affectivité n'était pas une fonction unique, homogène, qu'il y avait plusieurs sortes d'affectivité. Que la dissociation se fasse au milieu même de ces diverses catégories, nous en avons des exemples dans d'autres domaines notamment dans la Psychomotricité. Mais nous avons dit d'autre part que l'affectivité n'était pas non plus une fonction isolée, indépendante des autres fonctions ; et cependant chez notre malade, l'affectivité paraît lésée à l'exclusion de toutes les autres fonctions, exception faite des hallucinations psychiques dont nous avons signalé l'importance. Cette intégrité n'est-elle qu'apparente et y a-t-il des altérations peu perceptibles que leur finesse ne nous a pas permis de dépister ? C'est possible. Mais ce que nous voyons surtout chez notre sujet c'est que tous les états de conscience quels qu'ils soient sont atteints dans leur composante affective. Si l'idéation de la malade est lente, son activité intellectuelle paresseuse, ses réponses parfois inexactes, c'est que l'intérêt, phénomène d'ordre affectif lui fait défaut et que les représentations n'ont plus leur valeur affective normale. Elle répond au hasard, elle le reconnaît elle-même, sans faire le moindre effort de réflexion. Si d'autre part

elle est incapable de fournir un travail sérieux, si, loin de diriger son activité vers un but déterminé, elle se laisse aller dans la vie sans énergie et sans force de réaction comme une épave emportée au gré des flots et des vents, c'est encore parce que les facteurs affectifs ne sont plus là pour donner à ses volitions la force nécessaire à leur transformation en actes, pour servir d'agents stimulateurs, à son activité volontaire. Ce sont donc bien les fonctions affectives et les fonctions affectives presque seules qu'atteint le processus dissociatif chez notre malade.

Cette dissociation que nous voyons ainsi s'établir au sein même de l'affectivité de notre malade, comment se fait-elle? Bien des auteurs se sont efforcés de pénétrer la nature intime du phénomène et d'en préciser le mécanisme Kræpelin parle d'une perte de l'unité intérieure: « L'étroite liaison » dit-il, « existant entre l'idéation et les facteurs affectifs d'une part, les volitions de l'autre, se perd dans une mesure variable. De plus il y a un affaiblissement de cette tonalité affective fondamentale qui forme les mobiles effectifs de notre vouloir ». A sa suite: disparition de l'activité intellectuelle et pratique, inertie émotive, incapacité d'agir d'une façon personnelle. Pour lui ces deux ordres de faits sont intimement liés et se rapportent à une seule et même cause: la disparition des idées, sentiments et tendances d'ordre général: « Ce qui fait l'unité de nos acquisitions psychiques, ce sont les concepts généraux, les idées d'ordre général. Le maintien de la tonalité uniforme de notre humeur, le rapide amortissement de toute commotion émotive violente nous sont garantis par ce qu'on appelle les sentiments

d'ordre moral et social ; la cohésion de notre volonté enfin par un ensemble d'aspirations et de tendances créé par notre évolution philogénique et individuelle. Nous pouvons donc prévoir qu'un affaiblissement ou l'abolition de ces idées, sentiments et tendances d'ordre général sur notre façon de penser, de sentir et d'agir, entraînera nécessairement cette dislocation intérieure, cette désagrégation du moi que nous rencontrons dans la démence précoce. Car c'est en effet cet ensemble d'idées, de sentiments, de tendances d'ordre général qui constitue le fond même de notre caractère et qui donne son orientation générale à notre personnalité psychique. En s'attaquant à ce capital, l'affection entame directement cette personnalité. « Par là le noyau de la personnalité est disloqué, elle est dépouillée de ses qualités les plus précieuses » a dit encore Kræpelin.

Stransky a créé le terme « d'ataxie intrapsychique ». Il commence par constater que le capital intellectuel précédemment acquis est souvent indemne chez ces malades, alors que l'affectivité est profondément altérée. Du côté affectif il donne comme traits communs caractéristiques de l'affection : une perte progressive de la valeur affective des représentations, une sorte de démence affective (*Gemütsverblödung*) et à leur suite un déficit de l'intérêt, de l'écho affectif vis-à-vis de certains groupes de représentations, pouvant aller jusqu'à l'indifférence totale, jusqu'à l'apathie complète. « A cette disproportion », dit-il, « entre le déficit intellectuel et affectif, entre la Noopsyche et la Thymopsyche, s'en ajoute une autre c'est l'extraordinaire disproportion entre les manifestations affectives et les représentations qui les accompagnent. Dans la vie affective (Thymopsyche)

comme dans la vie intellectuelle de ces malades (Noopsyche) aussi bien à l'intérieur de ces deux sphères que dans leur interaction réciproque, leur jeu harmonieux et coordonné se manifeste une incoordination, une excentricité, un déséquilibre tels qu'on pourrait les qualifier de psychologiquement incompréhensibles. «C'est pour cela qu'il décrit ces états sous le nom d'ataxie intrapsychique. D'autres termes ont été proposés pour désigner le même trouble comme Dysharmonie intrapsychique (Urstein), Désagrégation psychique (Rogues de Fursac), Folie discordante (Chaslin). Tous impliquent l'idée d'une atteinte à la cohésion du moi, du noyau de la personnalité psychique.

Avec Bleuler une idée nouvelle se fait jour, celle de la dissociation psychique, de la Schizophrénie. Pour lui il ne s'agit ni d'un affaiblissement global ni d'une inhibition de toute l'affectivité, mais d'une hypertrophie de certains complexus affectifs, s'isolant du reste du psychisme et détournant à leur profit tout le potentiel affectif disponible, accumulant ainsi une énergie latente considérable susceptible d'ailleurs dans certaines constellations psychiques de se manifester par une décharge formidable. Il invoque à l'appui de sa thèse (et cela s'est d'ailleurs retrouvé dans notre cas) le fait que les Schiophrènes au début font preuve souvent d'une hypersensibilité affective qui les conduit pour éviter des conflits à se retrancher de plus en plus du monde extérieur et à se renfermer dans une vie intérieure. Pour lui, ces complexus ont tendance à se séparer du reste du psychisme, à s'isoler et par là même à s'affranchir de ses règles et de sa logique. Il se forme ainsi deux pensées, la pensée antiste tournée vers les

complexus et qui n'a pas besoin de s'embarrasser de la logique habituelle de notre idéation, et la pensée réaliste tournée vers la vie et le monde ambiant et qui a conservé la forme de la pensée normale. C'est ce qui explique les troubles des associations si fréquents dans la Schizophrénie, mais qui sont absents dans notre cas, et aussi le fait que des malades incapables à certains moments du moindre effort intellectuel sont à même quelques instants plus tard de calculer, de réciter, de répondre normalement. C'est ce qui explique aussi surtout l'indifférence si frappante et si paradoxale de ces malades. Cantonnés dans leur vie intérieure, ils sont insensibles pour tout ce qui ne touche pas leurs rêves, leurs aspirations, leurs desseins cachés. C'est la formation de ces complexus rompant tous les liens avec le reste du psychisme, vivant d'une existence propre et autonome, qui constitue pour Bleuler le phénomène de la dissociation.

Analysant les conceptions de Bleuler, Minkowsky compare la vie psychique des Schizophrènes à une sphère composée de deux parties : le noyau central qui n'est autre que le complexus et vers lequel est tournée la pensée du malade (pensée antiste) et la couche superficielle tournée vers la réalité et tendant à conserver avec elle des relations plus ou moins étroites et normales (pensée réaliste). Mais prise entre la réalité et le noyau central les réactions de la couche superficielle deviennent facilement anormales et surtout variables d'un moment à l'autre, suivant que l'action du noyau se fait plus ou moins sentir.

Minkowsky cherche le trouble essentiel de la Schizophrénie dans la notion de la perte du contact vital avec

la réalité. Dérivée de l'antisme de Bleuler, cette notion s'inspire d'autre part des idées bergsoniennes sur l'opposition fondamentale de l'intelligence et de l'instinct, c'est-à-dire des facteurs statiques et dynamiques de la vie, les premiers restant intacts tandis que le dynamisme vital, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs réglant nos réactions vis-à-vis du monde ambiant, est profondément altéré ou aboli dans la démence précoce. Mais cette notion ne nous apprend en réalité rien de bien nouveau ; ces facteurs dynamiques de la vie ne sont autre chose en somme que les mobiles affectifs qui en effet orientent et conditionnent toute notre activité.

Ainsi donc toutes ces conceptions expriment-elles une idée analogue, celle de l'atteinte de la personnalité psychique, de la coordination harmonieuse de la vie psychique, de la dissociation en un mot. Toutes aussi signalent l'importance des facteurs affectifs, premier point d'attaque très souvent du processus dissociatif. Mais que cette dissociation se limite presque exclusivement à la sphère affective est un fait vraiment exceptionnel. C'est lui d'ailleurs qui fait l'intérêt du cas que nous publions, ce fait que la dissociation s'est opérée au sein même des fonctions affectives. Chez notre malade toute l'affectivité élémentaire semble disparue. Les sentiments qui relient habituellement l'individu à la vie et à la société sont atteints chez elle en première ligne. « J'ai eu la sensation que mon cœur se fermait », répétera-t-elle très souvent pour décrire le début de son affection. Elle n'a plus l'amour filial pour sa mère qu'elle avait auparavant. « Je n'aime plus ma mère ni personne ; personne n'a besoin de venir me voir ; cela m'est bien indifférent. Je n'ai plus de pitié

pour ma mère et pourtant elle est seule maintenant et obligée de faire seule tout le travail. » Sa mère se casse un bras ; cela lui donne bien une sorte de secousse, mais elle n'éprouve aucune peine, ne pleure pas. Un jour sa mère vient la voir ; elle pleure. La voyant pleurer, la malade lui dit : « Si tu te mets à pleurer, je m'en irai. »

Elle n'a plus de pitié pour le malheur d'autrui. On lui annonce que la fille de ses anciens patrons vient de mourir. Elle a une crise de cris et de larmes, mais pas de chagrin. « Quelque chose me poussait à crier et à pleurer. Mais je n'avais pas de chagrin vrai ». Une autre fois elle lit dans un journal le récit d'un meurtre suivi de suicide. « Cela ne m'a fait aucune impression ; et pourtant autrefois une pareille chose m'aurait bouleversée et j'aurais eu pitié avec ces gens. Aujourd'hui, plus du tout. » La disparition des sentiments élevés et sociaux, telle que la signale Kræpelin, est très nette chez elle. Elle si pieuse autrefois, n'éprouve plus le besoin de prier. « N'est-ce pas honteux que je n'aie plus envie de prier, et pourtant autrefois je croyais parfois parler à Dieu en personne. Je prie encore tous les soirs pour ma mère ; mais cela ne vient pas du cœur, c'est par habitude. » Elle n'a plus le sentiment du devoir. Elle néglige son travail. « Je n'avais plus aucune satisfaction à faire mon travail ; si je le faisais encore, c'était par habitude. » Aussi n'a-t-elle plus aucune ambition, plus de projets d'avenir. « Je voudrais penser à l'avenir, à ma guérison, mais je ne peux pas ; cela m'est bien égal d'être ici. C'est pourtant honteux pour une jeune fille ! je suis à la Clinique des nerfs (expression populaire pour Clinique psychiatrique) et cela m'est indifférent. »

Car à tout ce qu'elle dit, se mêle son étonnante auto-critique, qui montre qu'elle juge très clairement la situation. Elle ne cesse de comparer son état actuel avec ce qu'elle était avant sa maladie. « Autrefois je ne me serais pas laissée enfermer ainsi ; mais aujourd'hui tout m'est indifférent ». Mais sa dissociation ne lui permet plus de tirer les conséquences logiques de sa situation, de s'adapter à la réalité. C'est que les représentations, n'ont plus leur valeur affective normale. Et cette réaction anormale vis-à-vis de la situation réelle est comme nous l'avons vu en analysant la conception de Bleuler, un bon signe de Schizophrénie.

Cependant, l'affectivité n'est pas lésée dans sa totalité, l'abolition n'est pas globale. La malade se plaint avec une certaine affectivité de son indifférence affective : « Si seulement je pouvais pleurer je serais guérie », « N'est-ce pas malheureux pour une jeune fille d'être dans un tel état ? » Elle exprime bien souvent le désir de sortir de la Clinique et de redevenir comme elle était avant « Si je pouvais être de nouveau ce que j'ai été dans le passé ; je voudrais tant pouvoir de nouveau travailler et redevenir naturelle ». Elle a parfois des idées d'amoindrissement. « Autrefois j'avais beaucoup d'estime pour moi ; maintenant je suis si peu de chose, sans aucune valeur, je me méprise moi-même ». Et des idées nettement dépressives : « Ma conscience m'a fait des reproches : Tu ne vaux rien, tu ne travailles plus rien, il faut que tu changes » ou encore : « Je suis moi-même la cause de mon mal, c'est moi qui ai voulu partir si loin. »

Certaines nuances affectives plus compliquées sont conservées aussi. Ainsi elle chante avec des intonations correctes et une expression fort juste des nuances

affectives, et non avec monotonie comme pourraient le faire prévoir son inertie émotive, de petites chansons comme la « Sérénade de Toselli ». Ses mouvements mimiques aussi expriment une affectivité réelle. Il est rare que sa figure reste figée, vide de toute expression. En général, et surtout lorsqu'elle chante elle garde une mimique fort adéquate. Mais là aussi l'affectivité est très réduite, toute superficielle et rapidement changeante. Une de ses plaintes les plus souvent répétées n'est-elle pas : « Je ne peux plus pleurer ». Lorsqu'elle dit qu'elle est malheureuse, sa mimique n'exprime que pour un instant les sentiments qu'elle dit éprouver. Et en général elle parlera de son état d'un air parfaitement calme et indifférent.

C'est que toutes nos représentations gardent forcément un minimum d'affectivité. Sans elle, nous l'avons dit plus haut, nos états de conscience ne sauraient exister. Cette affectivité minima peut être très réduite pour certains, surtout dans le domaine intellectuel, mais elle existe toujours. Et c'est dans ce sens qu'une distinction nette entre « Noopsyche » et « Thymopsyche » telle que la fait Stransky, nous paraît injustifiée. Il y a bien une « Noopsyche » et une « Thymopsyche », mais les deux sont intimement liées et se complètent à tel point qu'on pourrait presque dire que la Thymopsyche n'est qu'un prolongement, un agrandissement, une amplification de la Noopsyche. Ce qui est variable c'est l'intensité de la charge affective de nos représentations. On pourrait comparer notre cas, où l'intensité de la valeur affective des représentations est très réduite, à la normale en considérant la différence qu'il y aurait entre un instrument

seul et tout un orchestre jouant la même mélodie. La mélodie reste la même et pourtant quelle différence dans l'expression. La malade elle-même a d'ailleurs une connaissance exacte de son insuffisance affective : « Tout chez moi est superficiel », dit-elle, « rien ne me touche profondément ». C'est que c'est là qu'est intervenu le processus dissociatif, que s'est opérée la dissociation au sein même des fonctions affectives.

Il faut voir aussi, si chez notre malade il ne s'agirait pas d'un simple arrêt, d'une inhibition bloquant passagèrement une partie de l'affectivité. A première vue la distinction peut paraître difficile, mais la malade ne montre aucun autre phénomène d'arrêt, aucun signe de ralentissement psychique. Au contraire elle montre plutôt des symptômes d'excitation rappelant des états maniaques¹). Excitation du langage : la malade parle avec volubilité en faisant beaucoup de gestes et avec une mimique très vive. Elle montre parfois une sorte de fuite des idées abandonnant rapidement une idée pour une autre au cours de la conversation. Pendant l'interrogatoire elle s'arrête au

¹ Nous venons de dire qu'il n'y a pas d'arrêt, mais plutôt des phénomènes d'excitation, qui pourraient rappeler les états mixtes, caractérisés par l'existence simultanée de phénomènes d'inhibition et d'excitation. C'est pour cette raison qu'en présence des phénomènes d'excitation que présente notre malade, nous nous sommes particulièrement efforcés de dépister des phénomènes d'inhibition correspondants, mais sans résultat. Cette recherche peut être nécessaire pour la différenciation de notre cas avec la folie maniaque dépressive, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs.

milieu d'une phrase, prend un objet qu'elle remarque sur la table, et demande la signification ou donne elle-même des explications à son sujet et continue sur un autre thème. Elle est parfois lente à fournir des réponses, mais si on parvient à l'intéresser ou aussi par instants spontanément, elle fournit toutes les opérations demandées avec rapidité. Ainsi interrogée un jour sur Charlemagne elle prétend n'en rien savoir. Quelques semaines plus tard spontanément elle dit : « Vous m'avez questionnée dernièrement sur Charlemagne. Je n'ai rien voulu vous dire, mais aujourd'hui je vous le dirai. Charlemagne était un grand roi... » et elle se met à réciter toute entière la page de son livre d'histoire qui traite de Charlemagne. Elle a aussi appris d'une autre malade de sa salle plusieurs petites poésies qu'elle récite fort bien. Pour la motricité il n'y a pas non plus ni arrêt ni stupeur. Elle se plaint cependant d'être immobile, de pouvoir passer des heures assise sans bouger dans un coin : « Je suis immobile comme une grand'mère » dit-elle souvent. Mais cela provient du fait que, l'affectivité lui faisant défaut, elle n'éprouve plus le besoin d'une occupation, ni le désir d'une activité utile. D'ailleurs en général pendant les examens elle est plutôt remuante, sa mimique très vive, très expressive et quand elle trouve assez d'affectivité pour se livrer à une occupation quelconque (écrire, dessiner, broder p. ex.), ses mouvements sont vifs, précis et rapides. Mais cependant à certains moments elle se tient immobile, les traits sont un peu figés et elle pourrait donner l'impression d'un état dépressif, de sorte que la différenciation à ce moment-là serait particulièrement malaisée.

Ceci nous amène à nous demander s'il n'y a pas d'autre affection montrant, quant à l'affectivité, le même groupement que celui que nous avons constaté chez notre malade. Il y en a deux. D'abord le diagnostic différentiel est à faire avec la Folie maniaque dépressive puisque nous avons vu que dans notre cas les symptômes dépressifs n'étaient pas absents. Il y a surtout une forme de la Folie maniaque dépressive qui peut prêter à confusion, c'est la forme dite pseudomélancolie. Nous en avons trouvé une observation très nette dans un article du Dr O. Juliusburger, paru dans la « *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* ». Il le présente d'ailleurs comme un cas de Pseudomélancolie. Il s'agit d'une jeune fille de 30 ans, sans antécédents personnels bien nets si l'on excepte le fait qu'elle aurait toujours été très vive, autoritaire, et en plus d'une sensibilité toute spéciale, la moindre contrariété, le moindre reproche, la plongeant dans un désespoir affreux. A partir d'un certain moment elle se sentit devenir une autre personne, tout lui paraît étrange et bientôt elle constate qu'elle n'a plus de sentiments : Toute affection pour les siens, toute aspiration vers le bonheur avaient disparu ; elle n'éprouvait plus ni joie ni peine. D'autre part elle remarque la perte de toute énergie, se sent déprimée. Elle n'arrivait plus à « voir clair en elle-même. » En plus elle se plaint d'une grande paresse intellectuelle ; elle n'arrivait plus que difficilement à suivre une conversation, à formuler une pensée. Cependant l'examen objectif ne permet pas de constater un arrêt bien net de l'idéation. On lui fait facilement apprendre plusieurs poésies de Goëthe par cœur. L'affectivité n'est pas

non plus bloquée en entier ; elle prend part aux petites fêtes de la Clinique, s'occupe de petits travaux de broderie et de lecture. L'auteur ne dit pas si et après combien de temps, une amélioration est survenue. Il distingue le cas d'une mélancolie classique et l'appelle Pseudomélancolie pour souligner le fait qu'à la sensation subjective de son insuffisance qu'a la malade, ne correspondent pas de constatations objectives d'un arrêt ou d'une inhibition dans le domaine intellectuel ou moteur. Il s'agit donc là aussi d'un cas à symptomatologie affective prédominante, mais que l'état dépressif plus net a fait ranger dans le cadre de la Folie maniaque dépressive. Ce cas peut nous servir très utilement de terme de comparaison, autant qu'on peut comparer un cas de la littérature à un cas d'observation personnelle. Chez les pseudomélancoliques aussi les régions extrêmes de l'affectivité paraissent bloquées et ne restent libres que les nuances intermédiaires. Ce sont des malades qui se plaignent avec plus ou moins d'affectivité de manquer de sentiments. Là aussi nous avons donc une affectivité du type réduit, ce qui peut donner un tableau assez analogue à l'indifférence affective de la Démence précoce. Cependant l'identité est loin d'être complète. Si pour ces malades la comparaison entre l'instrument seul et l'orchestre entier est encore applicable, la mélodie toutefois que joue l'instrument est légèrement différente ; chez les pseudomélancoliques le fond en est nettement dépressif alors que chez notre sujet l'indifférence est plus absolue et même la tonalité habituelle de son humeur est plutôt légèrement euphorique. De plus il manque cette disharmonie entre la situation

réelle et la réaction affective des malades qui est un excellent signe de Schizophrénie, disproportion qui est d'autant plus apparente chez notre sujet, que la malade se rend parfaitement compte de la situation.

D'ailleurs l'évolution viendra le plus souvent trancher les difficultés. Dans le premier cas (pseudomélancolie), il s'agit d'un arrêt, d'une inhibition passagère dont la localisation particulière pourra faire croire à l'existence d'une Schizophrénie alors que dans l'autre nous nous trouvons en présence d'une dissociation définitive dont l'étendue seule peut varier, mais dont on pourra toujours retrouver les traces. Cependant, et surtout au début le diagnostic peut présenter quelques difficultés. Bleuler les a d'ailleurs signalées : « L'attitude des malades vis-à-vis de leurs troubles affectifs est très variable. La plupart ne les remarquent pas ou jugent leurs réactions normales. Des malades plus intelligents cependant peuvent parfois les juger avec beaucoup de perspicacité. Au début la sensation du vide sentimental leur est véritablement douloureuse. Aussi sont-ils pris souvent pour des mélancoliques ». Chez notre malade aucun changement ne s'est produit depuis le début de son affection ; ceci est très en faveur d'une Schizophrénie.

Un autre groupe d'affections pouvant présenter des groupements affectifs analogues à ceux de la Démence précoce, c'est le groupe des Dégénérés. Ces deux affections dont l'étroite parenté a été signalée par beaucoup d'auteurs, notamment par Kræpelin lui-même, peuvent présenter des tableaux cliniques extrêmement ressemblants à tel point que les deux notions se confondent chez beaucoup d'auteurs, chez Magnan p. ex., et que

Bleuler lui aussi a déclaré que dans beaucoup de cas la distinction était impossible, d'autant plus que les deux affections se compliquent souvent. Monsieur Pfersdorff qui a observé un grand nombre d'enfants arriérés et qui a fait une étude comparée de ces deux formes de démence, démence congénitale et démence acquise, a insisté sur ces analogies surtout frappantes dans le domaine de l'affectivité.

Cependant si nous trouvons chez les dégénérés des groupements associatifs nettement isolés, séparés des autres, rappelant la dissociation, il y a une chose qui différencie nettement les deux phénomènes, c'est le mécanisme de leur production, c'est leur genèse. Dans la Schizophrénie il y a séparation, suppression d'associations ayant fonctionné auparavant, alors que chez les arriérés il s'agit d'une absence d'associations n'ayant jamais existé, d'une agénésie, d'une démence anassociative. C'est la différence fondamentale entre la démence congénitale et acquise. De plus chez les arriérés le déficit n'est pas purement affectif, il y a un déficit intellectuel net en général qui manque dans notre cas. Ici donc le diagnostic différentiel peut s'appuyer sur des éléments solides. Toute l'anamnèse du cas d'ailleurs est en faveur de la démence précoce : début à l'âge de 17 ans chez une jeune fille jusque-là parfaitement normale.

Le diagnostic différentiel reste donc à faire entre la Schizophrénie et la Pseudomélancolie. Nous avons vu les raisons qui nous ont fait pencher vers le diagnostic : Schizophrénie. En plus de ces raisons un certain nombre de phénomènes plus ou moins caractéristiques de la

dissociation viennent faciliter ce diagnostic ; phénomènes dont le plus important est la sensation d'une influence étrangère s'exerçant sur l'idéation de la malade, le phénomène bien connu des « hallucinations psychiques ».

CONCLUSIONS.

I — Le cas que nous publions a pour caractéristique le fait qu'il s'agit d'une démence presque exclusivement affective.

II — Cette démence affective est une démence dissociative. Elle nous révèle le groupement suivant :

a) les manifestations affectives extrêmes, contrastantes se manifestant par la mimique et la pantomimique ;

b) les nuances affectives se manifestant par une idéation compliquée.

III — Ce groupement peut aussi s'observer dans d'autres états psychiques par exemple :

a) la Pseudomélancolie et les autres états mixtes de la Folie maniaque dépressive ; mais ici la différenciation n'est que passagère ;

b) les états constitutionnels de la dégénérescence. Là les anomalies de l'affectivité ne sont pas dues à une dissociation, mais au manque de développement (agénésie).

IV — En tenant compte de ces subdivisions de l'affectivité, Stransky a proposé les termes de Noopsyche et de Thymopsyche. Nous sommes d'avis que la séparation n'est pas absolue et que la seconde (Thymopsyche) n'est qu'un prolongement de la première (Noopsyche).

Vu :

Vu :

Le Président de la thèse : *Le Doyen de la Faculté :*

PFERSDORFF.

WEISS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg

Président du Conseil de l'Université

Chr. PFISTER.

BIBLIOGRAPHIE.

- BALLET : Traité de Pathologie mentale.
- BLEULER : La D. P. ou le groupe des Schizophrénies. Zurich, 1916.
- CLAUDE G. : Schizomanie et Schizophrénie. Encéph. 1924.
- JULIUSBURGER : De la Pseudomelancolie. Monatshefte für Neurologie und Psychiatrie, 1903.
- MASSELON : La Démence précoce. Paris, 1914.
- MINKOWSKI : La notion de perte du contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie. Thèse de Paris, 1916.
- La Schizophrenie et la notion de maladie mentale Encéphale, 1921.
- KRAEPELIN : Traité de Psych. 8^e édition, Leipzig, 1913.
- PFERSDORFF : Troubles mentaux de l'enfance. Strasbourg, 1925.
- Etude comparée des états de Démence. Strasbourg, 1914.
- REGIS : Précis de Psychiatrie, 1914.
- ROGUES DE FURSAC : Manuel de Psychiatrie, 1917.
- STRANSKY : La D. P. et son importance pour la pratique médicale. Wiener medizinisches Journal N° 28, 1905.
- WERNICKE : Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig, 1906.

